



A DEPRESSÃO E A MULHER NA SOCIEDADE MODERNA

Introdução

A ideia de que a mulher sofre mais de depressão do que o homem é uma ideia disseminada na classe médica e corresponde, de facto, aos resultados do conjunto de estudos que têm vindo a ser efectuados nesta área. Em consequência, emergiu a ideia de que a depressão tem não só um valor especial para a mulher, como também apresenta uma sintomatologia específica neste sexo.

Atendendo à importância que assume esta temática, quer em termos diagnósticos quer em termos terapêuticos, tentarei neste artigo analisar esta problemática à luz dos resultados das diferentes investigações que se têm ocupado em esclarecer esta questão. Para tal, tentarei responder, através dos diferentes estudos científicos, às seguintes questões: *Existe de facto uma maior incidência dos estados depressivos na mulher? Se sim, quais os factores que estão associados a esta maior*

incidência? Que características específicas apresenta?

1. Incidência dos estados depressivos segundo os sexos

A maior parte dos estudos epidemiológicos (e.g. Paykel e Cooper, 1991; Culbertson, 1997; Kornstein, 1997) demonstram a existência de uma maior incidência de depressão na mulher, sendo a média da razão inter-sexos nos diferentes estudos, de 2.1: 1 se bem que esse valor seja diferente consoante o tipo de depressão considerado: nos quadros depressivos de causa predominantemente biológica (clássicas depressões endógenas) aquela é menor, enquanto que nos quadros depressivos de causa predominantemente psicológica (clássicas depressões neuróticas) ela é maior. Além disso, na comparação destes dados com os de outros países, alguns dos autores constataram que só são

J. Marques-Teixeira
Psiquiatra e
Psicoterapeuta.
Professor Associado
da Universidade
do Porto



diferentes (isto é, anula-se a diferença referida da incidência) em relação aos países em vias de desenvolvimento tais como a Índia, A Nova Guiné e o Iraque.

Este tipo de resultados apoiou a tendência para fundamentar não só a ideia de que a mulher sofre mais de depressão do que o homem, como também para se pensar que essa maior incidência resultará de factores predominantemente psicológicos.

Mas se tomarmos em linha de conta critérios de diagnóstico que envolvem, para além dos quadros clínicos expressamente depressivos, também os quadros clínicos habitualmente tidos como "máscaras depressivas" ou mesmo como indicadores depressivos (tais como o alcoolismo e as tentativas de suicídio), constatamos que a diferença quanto à incidência de depressão nos dois sexos tende a anular-se.

Este tipo de estudos fundamentou a hipótese da expressão diferencial da doença nos dois sexos, não deixando contudo de se manter a questão da diferente incidência, apesar do tipo de quadro clínico considerado.

2. Linhas explicativas da diferente incidência de depressões nos dois sexos

Face a estes dados várias explicações têm sido avançadas no sentido da compreensão e da melhor identificação dos factores hipoteticamente implicados naquela incidência diferencial dos quadros depressivos em relação ao sexo. Assim, a linha de explicação mais difundida é a que sugere que estes resultados não sejam mais do que um simples *artefacto*: artefacto no sentido de que os resultados não revelam diferenças reais entre os dois sexos, mas antes revelam um maior pedido de ajuda por parte das mulheres aquando de situações depressivas. Uma outra linha de explicação corrente é a *linha de explicação biológica* que tenta explicar a incidência diferencial da depressão através das diferenças quer genéticas quer hormonais entre os dois sexos. A linha de explicação que mais popularidade tem tido é a *linha de explicação social*, que tenta explicar aquelas diferenças a partir das condições específicas da mulher na sociedade moderna, quer ao nível do menor suporte social em relação ao homem, quer ao nível das condições específicas de reacção ao stress. Finalmente, uma última linha de explicações tenta fazer apelo às anteriores e pretende explicar aquelas diferenças através da diferente forma de cada um dos sexos *expressar os desequilíbrios* resultantes de factores ambientais stressantes: a mulher no sentido da depressão e o homem em outros sentidos.

De algum modo, estas linhas acabaram por ser mais ou menos sugeridas, no seu conjunto, pelo trabalho desenvolvido por Kendler *et al*

(1993) sobre a pesquisa de preditores para o desenvolvimento de estados depressivos na mulher; Os autores concluem que os principais preditores para a vulnerabilidade feminina para a depressão são, em ordem descendente, acontecimentos vitais traumáticos, factores genéticos, história anterior de depressão major e neuroticismo. Contudo, enquanto que 60% do efeito das factores genéticos sobre a vulnerabilidade para a depressão major era directa, os restantes 40% eram indirectos e mediados por uma história de episódio depressivo anterior, acontecimentos-vitais traumáticos e neuroticismo. Na sequência destes resultados, os autores sugerem que são necessários, pelo menos, 4 grandes factores de risco para se compreender a vulnerabilidade depressiva nas mulheres: as experiências traumáticas, os factores genéticos, o temperamento e as relações interpessoais.

Analisemos, agora, cada uma das diferentes explicações /factores de risco

2.1. Explicações segundo o diferente comportamento em relação ao pedido de ajuda

Em relação a esta questão o corpo geral da investigação permite ser-se concludente quanto às conclusões: de facto a maior incidência de depressão na mulher não se deve apenas ao comportamento relativo ao pedido de ajuda.

Muitos estudos têm tentado determinar

qual a procura dos serviços de saúde por ambos os sexos, quer em relação a diferentes tipos de patologia quer em relação à patologia depressiva. Contudo, é importante distinguirmos os estudos que se basearam em questionários cujas questões permitiam identificar sintomas depressivos mas não de suficiente intensidade para se organizarem num quadro clínico possível de tratamento e os estudos nos quais apenas se avaliavam populações com estados depressivos organizados em quadros clínicos tratados. Esta metodologia permite distinguir se a procura dos serviços de saúde reflecte uma maior necessidade de apoio ou se pelo contrário reflecte uma maior incidência de doença. Por exemplo Kessler *et al.* (1981) analisaram um conjunto de dados de uma grande comunidade para sintomas psiquiátricos e concluíram que as mulheres relativamente aos homens e para o mesmo nível de morbilidade, referiam mais perturbações psiquiátricas mas também mostravam mais facilidade para pedirem tratamento.

A análise dos resultados referentes a este tipo de estudos permite verificar que a incidência de estados depressivos é aproximada em cada um deles: 1.9 e 2.1 a favor das mulheres, respectivamente para os estudos de sintomas depressivos que não constituíam quadros clínicos e para os estudos em que os sintomas depressivos se organizavam em quadros clínicos (Boyd e Weissman, 1982). Mesmo os estudos nos quais foram utilizados os critérios psiquiátricos para a

depressão maior (DSM-III, PSE) os resultados mostram uma preferência da incidência da depressão nas mulheres num valor muito próximo dos atrás referidos: 2.0 (e.g., Young *et al*, 1990; Hobfoll *et al*, 1995).

Estes dados, ao revelarem uma incidência muito próxima entre estudos que indicam uma procura de serviços de saúde por maior necessidade de apoio e os estudos que indicam uma procura daqueles serviços por patologia psiquiátrica expressa, levam-nos a concluir que *a predominância feminina da depressão não é um artefacto resultante de um comportamento de maior pedido de ajuda.*

2.2. Explicações segundo causas biológicas

Este tipo de explicações têm-se centrado no estudo dos factores genéticos e hormonais. A incidência no factor genético explica-se pela evidência de um componente genético marcado nas depressões bipolares, menos marcado, mas demonstrado, nas depressões unicolores psicóticas e não esclarecido para as depressões neuróticas, se bem que haja evidência da influência de um factor familiar (McGuffin e Katz, 1986; Kendler *et al*, 1995). É de salientar, contudo, uma limitação no que respeita ao determinismo genético, já que é sabido actualmente que a influência genética é resultante de uma interacção entre múltiplos

genes e não apenas de um único gene, mesmo para as depressões bipolares.

Segundo o ponto de vista das causas biológicas, para que a maior incidência da depressão ocorra na mulher é necessário que haja uma ligação genética ao cromossoma X. Esta ligação está apenas demonstrada para a depressão bipolar, mas o problema reside no facto de a incidência desta forma de doença depressiva ser praticamente igual nos dois sexos (facto que não tem sido muito valorizado). Sendo assim, conclui-se, por um lado, que a explicação de tipo genético não é suficiente para dar conta das diferenças de incidência dos estados depressivos nos dois sexos e, por outro, que a depressão bipolar constitui uma doença à parte do espectro depressivo, afirmando-se como uma doença de maior influência biológica do que os outros quadros nosográficos daquele espectro.

Esta conclusão remete-nos para a limitação das explicações biológicas de tipo estritamente genético quanto à diferente incidência de estados depressivos nos dois sexos.

Uma outra direcção dos estudos biológicos tem incidido nas diferenças hormonais entre o homem e a mulher (e.g. Harris *et al*, 1989; Harris, 1993; Avis *et al*, 1994; Pearlstein, 1995; Augusto *et al*, 1996; Harris *et al*, 1996; Abou-Saleh *et al*, 1998; Hendrick *et al*, 1998). Estes estudos têm utilizado como elemento de análise os quadros clínicos que emergem em períodos próprios da vida das mulheres e em relação aos quais se

postula a existência de uma determinação hormonal. No Quadro I representam-se esses períodos, em relação ao quais iremos dar alguns dados de tipo semiológico, nosográfico e epidemiológico.

Quadro I - Principais períodos de influência hormonal específica na mulher

Período pré-menstrual

Uso de contraceptivos orais

Parto e o puerpério

Menopausa.

2.2.1. Período pré-menstrual

O período pré-menstrual constitui, de facto, uma fase de alta vulnerabilidade que se acompanha no plano afectivo - em cerca de 3 a 8% das mulheres em fase reprodutiva (Ramcharan *et al.*, 1992; Merikangas *et al.*, 1993; Gehlert e Hartlage, 1997) - de *alterações do humor com irritabilidade e labilidade emocional*, podendo por vezes assumir uma *tonalidade depressiva* e ansiosa acompanhada de astenia. Estas alterações são frequentemente transitórias e caracterizam-se por uma intensidade particular e por uma maior facilidade de passagem ao acto suicida. Outras vezes manifesta-se uma *hiperactividade* ou mesmo uma *agressividade* que se dirige essencialmente contra os elementos mais próximos afectivamente e especialmente para as crianças. É habitual a

ocorrência de sintomas físicos, tais como cefaleias e retenção hídrica. Este conjunto de sintomas apresenta uma *ocorrência rítmica* e aparecem habitualmente na mesma altura do ciclo menstrual, para uma determinada mulher.

Estão estabelecidos, actualmente, um conjunto de critérios que permitem diagnosticar uma perturbação disfórica pré-menstrual (ver Quadro 2)

Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico de perturbação disfórica pré-menstrual

(DSM - IV)

Face às particularidades fenomenológicas das alterações próprias destes períodos da vida da mulher, a sua conotação hormonal tem sido explorada por vários autores. No entanto, não foi ainda possível identificar quaisquer alterações hormonais específicas desta fase que condicionem aquele acontecer vivencial. Apesar disso, Rubinow *et al.* (1995) sugeriram que, nas mulheres que apresentam uma predisposição para adoecer com depressão, as alterações periódicas do seu estado afectivo, mês após mês, aumenta a possibilidade de desenvolvimento de um estado depressivo crónico, dependente não só de factores neuro-endócrinos mas também de factores psicossociais, o que tem vindo a ser confirmado por outros estudos (Graze *et al.*, 1990; Halbreich, 1997;

Kendler *et al.*, 1998).

Estes dados são particularmente importantes pois aponta-nos uma linha de explicação que tem vindo a ser explorada: trata-se da importância da *predisposição depressiva* como um dos factores fundamentais na incidência diferencial da depressão nos dois sexos, factor este que se afigura como um factor multi-causal.

2.2.2. *Uso de contraceptivos orais*

Os quadros depressivos que acompanham o uso de fármacos contraceptivos orais caracterizam-se por um conjunto de sintomas representados no Quadro III.

Quadro III - Conjunto sindromático associado ao uso de anticoncepcionais orais

Apatia

Intranquilidade

Elaboraões hipocondríacas

Somatizações

Diminuição da libido.

Estes estados têm sido conotados directamente com o uso daquelas substâncias, a partir de um conjunto de trabalhos que utilizaram questionários passados a um determinado número de mulheres que tomavam contraceptivos orais. Se bem que os primeiros estudos mais controlados, em ensaios duplamente cegos com

controle de placebo, revistos por Weissman e Slaby (1973), não demonstram nenhum aumento do humor depressivo associado à ingestão de contraceptivos orais, estudos posteriores demonstraram exactamente o contrário (e.g. Shaarawy *et al.*, 1982; Westhoff *et al.*, 1995). Independentemente desta controvérsia existe um conjunto substancial de mulheres que abandonam o uso de aquelas substâncias devido aos seus efeitos depressivogêneos tendo, no entanto, Bancroft e Sartorius (1990) verificado que nessas mulheres há uma maior incidência de depressões independente do uso destas substâncias, sugerindo que aquelas reacções adversas ocorrem em mulheres com uma *susceptibilidade* aumentada para a depressão.

Não se trata, pois, de um efeito directo dos contraceptivos orais, mas antes de um efeito diferido a partir da actuação sobre uma *vulnerabilidade* específica (*predisposição depressiva*).

Em termos práticos, esta conclusão implica a necessidade de uma anamnese cuidadosa (no sentido de despistar uma predisposição depressiva) às mulheres às quais se pretende prescrever qualquer tipo de contraceptivo oral.

2.2.3. *Gravidez, parto e puerpério*

A gravidez e o puerpério correspondem a períodos de alta vulnerabilidade para a mulher quer por razões biológicas (modificações

endócrinas e alterações do esquema corporal) quer por razões psicológicas (essencialmente no que respeita ao sentimento de maternidade bem como em relação a experiências anteriores mais ou menos traumáticas de gravidez). A estas ocorrências correspondem normalmente alterações do humor, de tipo depressivo, média intensidade, estimando-se uma prevalência em Portugal de 13.1% (Augusto *et al.*, 1996). As alterações depressivas do humor de pequena intensidade são mais frequentes (50-85%) e as verdadeiras psicoses pós-parto são raras (0.1-0.2%).

Estes estados estão associados, a maior parte das vezes, a factores desencadeantes de tipo psicológico associados às vivências de maternidade. Estas, por sua vez, estão dependentes de factores como a educação, as alterações da personalidade (nomeadamente a imaturidade) e a situação vivencial em que decorre a gravidez (mãe solteira, conflitos conjugais, etc.). Nestes casos o sintoma predominante é o sentimento de culpa, que praticamente domina o quadro depressivo, sendo também frequentemente acompanhado por labilidade emocional, períodos de disforia e de exaltação, ou de apatia e irritabilidade. Este tipo de situações ocorre habitualmente nos primeiros 3 meses de gravidez, em mulheres novas (média 20 anos), a maior parte das vezes com problemática conflitual e constitui um factor de risco para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto (Hobfoll *et al.*, 1995).

Dada a importância destes quadros para o normal decurso do parto bem como para uma futura relação mãe-filho adequada, impõe-se uma intervenção psicoterapêutica ou psicopedagógica, que pode ser efectuada aquando das consultas de rotina obstétrica. Para tal, é de extrema importância implicar-se outros agentes de saúde (nomeadamente enfermeiros, que devem ser treinados para tal) e a actuação deve centrar-se na desculpabilização, desdramatização e na informação sobre aspectos do parto e gravidez. Temos a experiência de acções deste género desenvolvidas em grupo, animado por um médico de clínica geral, cujos resultados demonstraram a utilidade e a economia de tempo deste tipo de intervenções. Este conjunto de acções é particularmente importante nas primaras e nas mulheres em risco psicológico emocional. É evidente que se as situações assumem foros de maior gravidade torna-se necessário uma intervenção individualizada, que o médico pode assumir, adoptando uma atitude de escuta empática e de disponibilidade para compreender as significações existenciais de tais situações. É importante, tanto quanto possível, evitar a prescrição de psicofármacos nos primeiros 3 meses de gravidez. No entanto, caso isso se mostre necessário, os antidepressivos que nos parecem menos problemáticos são os percursoros da serotonina, como a 5- hidroxitriptamina, mas é necessário ter em atenção a sua fraca potência de acção antidepressiva.

Os quadros depressivos graves ocorrem aquando da interrupção natural ou voluntária da gravidez. É evidente que a gravidade depende das características pessoais e da situação, mas é comum a emergência de um quadro depressivo com elaborações culpabilizantes intensas ou então sentimentos de menos valia. Estes quadros, habitualmente, são muito resistentes à terapia, sendo necessário intervir com antidepressivos potentes e manter uma cobertura psicoterapêutica firme.

Em relação ao *puerpério* convém antes de mais definir os seus limites psiquiátricos: período que se estende desde o parto até aos 6 meses seguintes. Abarca portanto o pós-parto bem como parte do período de lactação.

As depressões que ocorrem neste período têm, em 1 a 2% dos casos, um curso dependente das alterações metabólicas que estão a ocorrer, são de gravidade acentuada, constituindo verdadeiras psicoses puerperais que necessitam de internamento urgente. Este tipo de depressões ocorre, na grande maioria dos casos, durante o 1º mês após o parto. O sintoma saliente é a *confusão mental*, mas apresenta um conjunto de indicadores prodómicos a reter (Quadro IV):

Quadro IV - Pródromos das depressões puerperais graves

Isónia grave

Inquietação motora marcada

Acentuada irritabilidade

Alternâncias frequentes do humor

Desmotivação profunda

Uma das complicações importantes a ter em conta relativamente a estas situações clínicas é, não só, o grande risco de suicídio como também de infanticídio (Millis e Kornblith, 1992).

Mais frequentemente ocorrem quadros clínicos de menor intensidade, matizados de astenia, atribuída à fadiga da nova situação. Outras vezes apresentam-se como preocupações ligadas ao filho, de tipo obsessivo, que de algum modo denotam a personalidade de base da mãe. Em relação a este tipo de situações, é importante estar atento às manifestações da criança, já que funciona como um "emissor sintomático" das alterações psicológicas da mãe traduzidas na alteração da relação mãe-filho. De entre as manifestações sintomáticas da criança, os quadros de tipo digestivo (que constituem nesta fase o meio preferencial de comunicação do recém-nascido com o mundo exterior), quer apresentando-se como rejeições alimentares quer como hiperfagias, com as consequentes deglutições maciças de ar, são um código de sintomas importante a decodificar, no sentido das alterações psicológicas maternas. Apesar disso, estas depressões são normalmente benignas,

ocorrem entre o 3º e o 6º dia do puerpério e por isso designam-se por *síndrome do 3º dia*. A sintomatologia mais evidente está resumida no Quadro V.

Quadro V - Síndrome do 3º dia

Astenia
Choro fácil
Somatizações
Pessimismo
Disforia
Dificuldade de concentração
Insónias
Fundo Depressivo

Os quadros menos intensos apresentam como característica saliente a sua grande resistência aos tratamentos habituais, sendo normalmente necessária a correcção dos factores metabólicos que estão associados a estas perturbações.

Esta fase da vida da mulher está, de facto, associada a um grande número de admissões nos hospitais psiquiátricos por quadros psicóticos de ocorrência durante o 1º mês após o parto, como o demonstram os trabalhos de Kendell *et al.* (1987). Se bem que as depressões bipolares façam parte deste leque de quadros psicóticos não constituem, contudo, a sua maioria. Esta, é constituída por outras situações psicóticas, a maior parte das vezes atípicas, que eclodem geralmente em mulheres com uma história de patologia psiquiátrica anterior ou até familiar.

Dados recentes indicam que estes estados não são de origem psicológica mas antes têm uma etiologia hormonal (Abou-Saleh *et al.*, 1998; Hendrick *et al.*, 1998). Alguns autores chegam mesmo a indicar o parto como o factor fundamental na diferente incidência de estados depressivos nos dois sexos, apoiados quer no estudo de Gater *et al.* (1989) que demonstraram ser a incidência da depressão psicótica nas mulheres nulíparas semelhante à sua incidência nos homens, quer no estudo de Weissman e Olfson (1995) que demonstraram ser o período pós-natal o que revela um pico de incidência do primeiro episódio.

Se bem que a gravidez constitua um factor *protector* em relação a determinada patologia psiquiátrica (Romans-Clarkson *et al.*, 1988) e aparentemente reduza a tendência ao suicídio (Veevers, 1973), a maior parte dos estudos apontam claramente para um aumento da susceptibilidade para a depressão, nas mulheres que tenham vivenciado pelo menos uma gravidez. A diferença entre as mulheres uni ou múltiparas e as nulíparas persiste até à idade de 54 anos, segundo Gater (1989), ou até à idade dos 50 anos, segundo Bebbington (1987)). Dado que este efeito permanece até à idade da menopausa e não é explicado pela ocorrência da depressão pós-parto, torna-se necessário desenvolver investigações que clarifiquem o efeito quer dos factores biológicos quer dos factores não biológicos nesta situação.

Pelo contrário, os quadros depressivos de intensidade média ou ligeira que ocorrem neste período não apresentam uma ligação evidente com as alterações hormonais ocorridas (Cox *et al.*, 1989), tendo Cooper e Stein (1989) sugerido que estejam mais relacionados com os acontecimentos vitais e com o stress social.

2.2.4. Menopausa

É uma outra fase crítica da vida da mulher onde se torna evidente a interligação entre os aspectos biológicos e os aspectos biográficos. A depressão que ocorre nesta fase não apresenta perfil específico estando, antes, modelada pelas características psico-sociais deste período da vida da mulher. Assume, por isso, ora características apelativas ora foros de grande impotência face à vida e face à sexualidade.

Quanto à influência determinante dos factores hormonais na eclosão de estados depressivos, os estudos também não são conclusivos. De facto, Winokur (1973) e Avis *et al.* (1994), entre outros, demonstraram a não existência de picos de incidência de episódios depressivos major neste período, mas salientaram a importância dos factores psicossociais e dos acontecimentos vitais. Vemos, pois, através destes estudos, que a grande incidência de estados depressivos nos períodos da vida da mulher com uma implicação hormonal específica postulada, só é parcialmente explicada pelas causas hormonais. A grande proporção destes estados

não é possível ser explicada por estes factores.

Tomando em consideração os resultados, quer dos estudos de incidência genética quer dos estudos de incidência hormonal (conjunto das explicações biológicas), concluímos que é extremamente difícil apoiar exclusivamente a incidência diferencial da depressão nos dois sexos a partir deste tipo de causalidade. Destacamos o "exclusivamente" já que, à luz da neurofisiologia actual, é difícil excluir a influência dos factores hormonais nesta questão. E tanto é assim quanto se sabe que, durante o período do desenvolvimento do cérebro *in utero*, este é sujeito a influências hormonais diferentes, consoante os sexos, influências essas que condicionam os ciclos hormonais do período pós-uterino.

2.3. Explicações segundo causas sociais

Esta linha de explicações congrega o maior número de estudos, apontando na sua maioria para fortes ligações entre estes factores e a maior incidência de depressões na mulher. O conjunto dos estudos neste domínio pode ser agrupado segundo 3 grandes categorias: a) as relacionadas com os acontecimentos vitais; b) as relacionadas com o suporte social; c) e as relacionadas com o papel e o status social.

2.3.1. Acontecimentos vitais

Se a literatura aponta claramente para a

precedência dos estados depressivos por um alto índice de acontecimentos vitais ameaçadores (Paykel e Cooper, 1991; Warren, 1997; Bifulco *et al.*, 1998), esta constatação não se diferencia (entre homens e mulheres) quanto ao número daqueles acontecimentos mas antes quanto à intensidade da resposta sintomática aos mesmos (Uhlenhuth e Paykel, 1973; Paykel, 1991). Isto significa que as mulheres apresentam uma maior *vulnerabilidade* aos efeitos dos acontecimentos vitais, vulnerabilidade que parece depender não só de factores sócio-ambientais, mas também de factores genético-biológicos.

2.3.2. Suporte social

Quanto a esta questão foram identificados um conjunto de factores determinantes da vulnerabilidade social, representados no Quadro VI.

Quadro VI - Factores implicados na vulnerabilidade social à depressão

Ausência de um confidente

Preseça, em casa de crianças pequenas

Classe social Baixa

Não trabalhar

Perda precoce da mãe

Trabalho fora de casa

No geral, um suporte social deficiente está identificado como sendo um factor de risco para o desenvolvimento de um estado depressivo, especialmente para o sexo feminino (Hauenstein, 1991). De facto, os autores verificaram que os factores ambientais que contribuem para a perda da esperança e para um sentimento de falta de ajuda nas responsabilidades quotidianas, bem como a discriminação social associada aos papéis que a mulher desempenha na sociedade moderna podem expô-la não só a um maior número de stressores mas também a stressores de difícil abordagem. Cad um destes factores podem tornar a mulher mais vulnerável para o desencadeamento de um estado depressivo.

Ao factor "trabalho fora de casa" é-lhe atribuído uma *influência antagónica* consoante a situação vivida: está associado a menor incidência de depressão caso se acompanhe de um bom suporte social ou na presença de um nível sócio-económico baixo (Mostow e Newberry, 1975) e a maior incidência caso se acompanhe de um mau suporte social (Braun e Hollander, 1988). Ainda associado a este factor refere-se o facto da mulher trabalhar por vontade própria - associado a menor incidência de depressão - ou ser obrigada a trabalhar - associado a maior incidência de depressão.

2.3.3. Papel e status social da mulher

Os estudos que tratam esta questão, basearam-se na correspondência entre o papel social de "dona de casa" e baixo status social que lhe está associado. Esta correspondência fundamenta-se num conjunto de atitudes que estão associadas à condição de "dona de casa", nomeadamente a dependência económica, a baixa de auto-estima e o baixo índice de aspirações. A ponte causal entre este papel da mulher e o seu status social foi feita, entre outros, por Wollersheim (1993) e Bifulco (1998) que demonstraram a relação entre a baixa de auto-estima e os seus antecedentes e a ocorrência de estados depressivos nas mulheres. No entanto, para que as conclusões destes estudos tenham validade é necessário efectuarem-se estudos comparativos nos homens, pelo que, no momento actual, apenas servem como indicadores de uma tendência.

Já os estudos epidemiológicos contribuíram muito para o esclarecimento destas questões, nomeadamente no que se refere às interações sexo, idade, estado civil e maternidade.

Para as relações entre depressão e idade (Jorm, 1987; Bleiker *et al.*, 1993; Heidrich, 1994) parece existir uma relação segundo uma forma curvilínea com um pico na meia idade e pontos baixos na infância e na 3ª idade.

Para as relações entre a depressão e o estado civil, os dados são mais relevantes no que respeita às doenças mentais em geral, apresentando as mulheres casadas uma maior incidência de doenças do que as solteiras,

exceptuando-se as mulheres separadas ou divorciadas (Bruce e Kim, 1992), exactamente ao contrário do que acontece nos homens. Isto é, para os homens o casamento parece ser, de algum modo, protector enquanto que para as mulheres isso não acontece (Bruce e Kim, 1992; Earle *et al.*, 1998).

Um estudo importante e já antigo relacionou as 3 variáveis, idade, sexo e estado civil (Grad de Alarcon *et al.*, 1975) tendo evidenciado, na meia idade, um maior número de mulheres deprimidas comparativamente com os homens, particularmente para as mulheres casadas. Também foi verificado uma maior incidência de depressão neurótica nas mulheres casadas de idades variando entre 25-44 anos e um pico tardio para a depressão psicótica, nas mulheres solteiras ou vivendo só, nas idades entre 35-65 anos.

Para as relações entre a depressão e a maternidade os estudos apontam para uma maior incidência de depressões nas mulheres com filhos (Gater *et al.*, 1989; Augusto *et al.*, 1996) vindo de algum modo apontar, em conjunto com os dados anteriores, para uma clara direcção: um pico particular de depressões nas mulheres com idades compreendidas entre os 20-40 anos, casadas e com filhos.

Estes dados são difíceis de serem associados a qualquer hipótese endócrina mas são fáceis de associar às hipóteses sociais, apontando para os problemas particulares das jovens mães nas sociedades ocidentais em

desenvolvimento, nas quais as famílias são nucleares e móveis, o suporte familiar adequado é raro e onde uma mulher com filhos está particularmente dependente da qualidade das relações com o seu companheiro.

Apesar desta evidência é necessário ter-se um olhar reservado sobre estas conclusões, atendendo à ausência de estudos relevantes e com os mesmos objectivos, no homem.

2.4 Explicações segundo a diferente expressão do stress

Este tipo de explicações assenta na hipótese de uma diferente expressão do stress nos homens e nas mulheres. Esta explicação baseia-se nos dados da psicologia que apontam para uma maior emotividade das mulheres que se reflecte nas suas relações com os outros, nomeadamente na expressão da necessidade de apoio e ajuda. Este factor, que vulgarmente tem sido adjudicado a aspectos sociais e culturais, tem também uma causalidade biológica (Paykel e Cooper, 1991).

É certo que, no que respeita à prevalência da patologia psiquiátrica em geral, parece não haver uma predominância de um sexo em relação ao outro (Bijl *et al*, 1998), mas no que respeita aos estados depressivos parece que o homem exprime menos directamente esses estados mascarando-os de comportamentos adictivos ou anti-sociais (Berger e Adesso, 1991; Paykel, 1991).

Por seu lado, os estudos sobre o suicídio indicam haver mais suicídios consumados nos homens do que nas mulheres (Buckley *et al*, 1996; Hanna e Grant, 1997), o que sugere, em

confronto com a diferente incidência, que a depressão se apresenta mascarada neste grupo. Apesar disso, estes dados não nos elucidam quanto à incidência referida, se atendermos aos indicadores que sugerem um maior número de tentativas de suicídio nas mulheres, utilizando meios menos eficazes que os homens (Wilhelm e Parker, 1989; Spirito *et al*, 1993).

Vemos, pois, que estes dados são inconcludentes e não explicam por si a incidência diferencial de depressões. Além disso, alguns estudos mais recentes apontam para um fenómeno que de algum modo contraria os dados que têm sido explicitados: trata-se do aumento da depressão nas sociedades industrializadas (Joyce *et al*, 1990; Pritchard, 1996) sobretudo à custa dos *jovens do sexo masculino*, facto que vai *atenuando as diferenças na incidência destes estados nos dois sexos*. O mesmo tipo de resultados já vinha sendo verificado, mas apenas em amostras específicas, como por exemplo demonstrou Wilhelm e Parker (1989) em estudantes universitários.

Esta constatação reclama a necessidade de se efectuarem mais estudos com estes objectivos, sobretudo de tipo comparativo entre diferentes sociedades.

Conclusão

Feito este percurso, retomemos as questões iniciais que delinearam o método utilizado para abordarmos esta problemática questão.

) *Existe, de facto, uma maior incidência de estados depressivos na mulher?*

Pudemos constatar, através das investigações, que a mulher apresenta uma incidência de estados depressivos maior do que o homem, incidência que não constituindo um artefacto metodológico, apenas se verifica quando são excluídos do espectro depressivo as "máscaras depressivas" e as depressões bipolares.

Além disso, se atendermos aos aspectos cronológicos, verificamos que se desenha, nos estudos mais recentes, uma linha de atenuação dessa maior incidência. Isto sugere a existência de uma mutação gradual da expressão dos estados depressivos, no que respeita à sua incidência em ambos os sexos e nas sociedades ocidentais.

) *Quais os factores que estão associados a esta maior incidência?*

Constatada a incidência diferencial, tratamos de verificar as suas relações causais. Desta análise pode-se apenas concluir que é uma causalidade multi-factorial que está na base deste fenómeno. Isto é, às tentações reducionistas (quer biológicas, quer psicológicas, quer sociais) contrapõe-se uma evidência complexa multi-factorial.

) *Que características específicas apresenta?*

Analisados os períodos da vida da mulher que apresentam uma especificidade hormonal relativamente ao homem, constatamos a ocorrência de um certo número de estados depressivos, cuja eclosão está dependente de

uma vulnerabilidade, assinalada como predisposição depressiva.

Ora estas evidências apontam para uma especificidade, não dos quadros depressivos, mas antes dos enquadramentos hormonais actantes sobre um fundo predisposto. Por outras palavras, se alguma especificidade existe nos quadros depressivos expressos no sexo feminino, essa especificidade advém das características neuro-hormonais próprias desses períodos. Estas características adicionadas aos factores biopatográficos, acabam por nos revelar uma singularidade pessoal, que é completamente distinta da singularidade atribuída ao género feminino ou masculino.

Finalmente, salienta-se como síntese conclusiva que a questão da depressão na mulher é não só uma questão em aberto, como nos remete para um re-pensar global dos quadros depressivos na actual constelação societária da espécie humana.

RESUMO

Neste trabalho o autor questiona a especificidade dos estados depressivos na mulher tentando responder, através da análise da bibliografia neste domínio, às seguintes questões: Existe de facto uma maior incidência dos estados depressivos na mulher? Se sim, quais os factores que estão associados a esta maior incidência? Que características específicas apresenta?